

Sachkundelehrgang gemäß § 8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung sowie gemäß Anlage 6 der KRINKO/BfArM „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“

Inhalt

Dieser Lehrgang befähigt die Mitarbeiter/-innen zur qualitätsgerechten, sicheren Aufbereitung von Instrumenten, zur Kostensenkung und zur Vermeidung von Fehlleistungen in der Sterilgutversorgung. Die Aufbereitung von Instrumenten in der ärztlichen Praxis unterliegt dem Medizinproduktegesetz und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Die Handlungskompetenz wird gefördert, um das Hygiene- und Sterilisationsrisiko auf das nach dem Stand der Wissenschaft unvermeidbare Restrisiko zu beschränken. Der Lehrgang leistet einen wichtigen Beitrag zur Einhaltung der rechtlichen Bedingungen sowie zur Vermeidung von finanziellen Auswirkungen aus Qualitätsmängeln.

Zugangsvoraussetzungen: Eine abgeschlossene Ausbildung in einem Medizinalfachberuf, z. B. Medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte, Medizintechnische Assistenten.

Schwerpunkte

- Gesetzliche und normative Grundlagen, Mikrobiologie/Epidemiologie
- Hygiene, Qualitätsmanagement
- Grundlagen und Vertiefung der MP-Aufbereitung
- Dekontamination, Sichtkontrolle, Pflege, Funktionskontrolle
- Packen und Verpacken, Sterilisation und Freigabe
- schriftlich Kenntnisprüfung gemäß DGSV-Qualifizierungsrichtlinien (Multiple-Choice-Verfahren)

Zielgruppe:	Praxismitarbeiter*innen
Teilnehmeranzahl:	20
Seminartermin:	Montag, 26. August 2019, 9 bis 16:30 Uhr Dienstag, 27. August 2019, 8:30 bis 16:30 Uhr Mittwoch, 28. August 2019, 8:30 bis 16:30 Uhr Donnerstag, 29. August 2019, 8:30 bis 16:30 Uhr Freitag, 30. August 2019, 8:30 bis 16:30 Uhr
Seminarort:	KVN Bezirksstelle Oldenburg Amalienstraße 3 26135 Oldenburg
Teilnehmergebühr:	480 Euro inklusive Verpflegung und Unterlagen
Anmeldung:	Marlen Hilgenböker KV Niedersachsen
Straße Hausnr.	Berliner Allee 22
PLZ Ort	30175 Hannover
Telefon	0511 380-3311
Telefax	0511 380-4620
E-Mail	seminarangebote@kvn.de

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit _____ Person/en teil.

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.